

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00975 vom 20. Dezember 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-12-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00975

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00975 du 20 décembre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00975 del 20 dicembre 2019

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1983, war von 1. Januar 2013 bis Ende September 2013 (letzter effektiver Arbeitstag

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kom menden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der ge sundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betä tigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen , erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindes tens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 1.3

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gege benenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). 2.

E. 2

Am 17. Februar 2015 (Eingangsdatum) meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf eine Periarthritis humeroscapularis (PHS) links bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 5/4). Die IV-Stelle klärte die erwerblichen und medizinischen Verhältnisse ab und zog wiederholt die Akten der für den Unfall zuständigen Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt, Suva, (Urk. 5/15, Urk. 5/26, Urk. 5/33, Urk. 5/38, Urk. 5/41, Urk. 5/43, Urk. 5/45-46, Urk. 5/49, Urk. 5/51, Urk. 5/53-55, Urk. 5/60) bei und holte Berichte der behandelnden Ärzte (Urk. 5/17, Urk. 5/18, Urk. 5/27, Urk. 5/52) sowie einen Auszug aus dem individuellen Konto der Versicherten (IK Auszug, Urk. 5/8) ein. Mit Mitteilung vom 2. Dezember 2015 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass berufliche Eingliederungsmassnahmen gesundheitsbedingt nicht angezeigt seien (Urk. 5/29). In der Folge veranlasste die IV-Stelle eine aktenbasierte Einschätzung durch Dr. med. A. ____, Facharzt für Chirurgie, orthopädische Chirurgie und Traumatologie sowie Arzt des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; vgl. Feststellungsblatt, Urk. 5/57 S. 9-10). Ausgehend von einem Invaliditätsgrad von 24 % verneinte die IV-Stelle nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 18. Mai

2018 [Urk.

E. 2.1

In der angefochtenen Verfügung vom 4. Oktober 2018 (Urk. 2) hielt die Beschwerdeführerin fest, medizinische Abklärungen hätten ergeben, dass der Beschwerdeführerin nach Ausheilung des Infektes spätestens ab Juni 2015 eine körperlich angepasste Tätigkeit zu 80 % zumutbar sei. Der Einkommensvergleich habe einen Invaliditätsgrad von 24 % ergeben, weshalb kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe.

E. 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde vom 5. November 2018 (Urk. 1) sowie in der Ergänzung vom 10. Oktober 2019 (Urk. 7) zu sammengefasst geltend, sie könne die linke Extremität praktisch nicht mehr nutzen, weshalb nicht davon auszugehen sei, dass sie auf dem ausgeglichene(n) Arbeitsmarkt eine Stelle finden könne. Es gebe kaum Arbeiten, die einarmig ausgeführt werden könnten, insbesondere nicht im Berufssektor, der für die Beschwerdeführerin in Frage komme. Hilfsarbeiter seien auf zwei Arme und Hände angewiesen, auch wenn es nur darum gehe, mit dem behinderten Arm leichte Tätigkeiten auszuführen. Dies sei ihr nicht möglich. Deshalb sei von einer vollen Invalidität auszugehen. 3.3.1

Bei einem Treppensturz am 28. Juni 2013 zog sich die Beschwerdeführerin multiple Prellungen an der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule sowie im linken Schulterbereich zu (vgl. Schadenmeldung vom 8. Juli 2013

[Urk. 5/26/235], Arztzeugnis UVG [Urk. 5/26/198]). Bei Verdacht auf eine Capsulitis der linken Schulter erhielt die Beschwerdeführerin in der B. ____ eine intraartikuläre Kortisoninfiltration (vgl. Arztbericht vom 10. Dezember 2013, Urk. 5/26/191), worauf sich ein Infekt in der linken Schulter entwickelte (vgl. Arztbericht vom 7. Januar 2014, Urk. 5/26/186), mithin zweimal eine arthroskopische Schulterspülung und eine offene Abszess-Drainage durchgeführt werden mussten (vgl. Operationsberichte vom 10. und 14. Januar 2014, Urk. 5/26/175-178). Bei einer deutlichen Schmerzsymptomatik im Bereich des linken Schultergelenks unter der Physiotherapie wurde radiologisch eine Subluxation des Humeruskopfes nach inferior festgestellt (vgl. Arztbericht vom 19. März 2014, Urk.

5/26/127). Neu hinzugekommen seien nach Angaben der Beschwerdeführerin Kribbelparästhesien bzw. Hyposensibilitäten im Bereich des lateralen Oberarms im Versorgungsgebiet des Nervus

axillaris (vgl. Arztbericht vom 27. März 2014, Urk. 5/26/125).

Die in der Folge durchgeführte neurologische Untersuchung habe keine Hinweise auf ein Defizit neurologischer Strukturen ergeben. Viel mehr zeige sich - so die Neurologen - eine schmerzbedingt eingeschränkte Kraftentwicklung, insbesondere der Armabduktion und -adduktion

(vgl. Arztbericht vom 3. April 2014, Urk. 5/26/123). Nach erneuter Initialisierung einer begleitenden Physiotherapie habe sich die Symptomatik etwas verbessert. Die Beschwerdeführerin habe insbesondere von einem Benefit in Bezug auf die Beweglichkeit berichtet. Schmerzen habe sie nach wie vor und sie sei auf die Einnahme von Analgetika angewiesen (vgl. Arztbericht vom 10. Juni 2014, Urk. 5/26/114). 3.2

Zur Einholung einer Zweitmeinung wurde die Beschwerdeführerin im August 2014 in der C.____ vorstellig. Die Ärzte äusserten den Verdacht auf einen persistierenden Infekt, der wahrscheinlich low grade sei

(vgl. Arztbericht vom 30. September 2014, Urk. 5/26/77). Unter Hinweis auf die Flüssigkeitsansammlung im Schulterbereich antero-superior, subacromial und auch im Bereich der Infraspinatussehne wurde die Beschwerdeführerin an die

D.____

verwiesen (vgl. Schreiben vom 16. Dezember 2014, Urk. 5/26/48), wo eine inferiore Schulterinstabilität des linken Schultergelenks diagnostiziert wurde und aufgrund der persistierenden schmerzhaften Bewegungseinschränkungen

so wie mangels anderer sinnvoller therapeutischen Möglichkeiten eine Raffung des Rotatorenmanschettenintervalls in Betracht gezogen wurde (vgl. Arztbericht vom 7. Juli 2015, Urk. 5/26/12). Der am 4. September 2015 durchgeführte operative Eingriff (Schulterarthroskopie, intra- und subacromiales

Débridement, vor derer Bankart-Repair, PASTA-Repair und Intervallraffung; vgl. Operationsbericht vom 4. September 2015, Urk. 5/27/4) verlief komplikationslos. Unter physiotherapeutischer Anleitung sei es - so die Ärzte der D.____ - zu einer zügigen Mobilisation der betroffenen Schulter gekommen. Die Ärzte hielten neben der postinfektiösen Omarthrose mit statisch inferiorer Schulterinstabilität einen Diabetes mellitus Typ II sowie eine Adipositas Grad I (BMI 32) als Austrittsdiagnosen fest (vgl. Austrittsbericht vom 8. September 2015, Urk. 5/27). Im Verlauf habe die Beschwerdeführerin wieder über vermehrt Schmerzen in der operierten Schulter berichtet. Vier Monate postoperativ zeige sich trotz mobilisierender Physiotherapie eine unveränderte Situation gegenüber präoperativ. Die Ärzte verwiesen abermals auf die Wichtigkeit der muskulären Stabilisation des Schultergelenks und die Fortführung der Physiotherapie (vgl. Arztberichte vom 26. Oktober 2015 [Urk. 5/33/17] und vom 21. Januar 2016 [Urk. 5/38/26]). 3.3

Vom 31. März bis 4. Mai 2016 war die Beschwerdeführerin in der E.____ hospitalisiert. Die behandelnden Ärzte konstatierten, die Beweglichkeit im linken Schultergelenk habe sich während des Aufenthaltes nicht verändert. Die Beschwerdeführerin trage den linken Arm

weiterhin in einer Schlinge und schone ihn maximal. In Bezug auf die beruflichen Auswirkungen hielten sie fest, die noch vorhandenen, arbeitsrelevanten Probleme seien Schmerzen im linken Schultergelenk mit stark eingeschränkter Beweglichkeit. Die Beschwerdeführerin befinde sich noch in der medizinischen Phase und der weitere Verlauf bleibe abzuwarten (vgl. Austrittsbericht vom 9. Mai 2016, Urk. 5/41/2-10). 3.4

Nach dem erfolglosen Rehabilitationsversuch und bei fehlenden Hinweisen auf ein neurologisches Defizit,

insbesondere für eine Läsion des Nervus

suprascapularis oder des Nervus

axillaris

(vgl. Arztberichte vom 22. August 2016 [Urk. 5/43/85], 13. September 2016 [Urk. 5/43/93] und 30. Januar 2017 [Urk. 5/45/26]), erachtete Prof. Dr. med. F.____, Leiter Schulterchirurgie an der D.____, die Implantation einer Schulterprothese oder eine Schulterarthrodese als einzige Therapieoptionen zur Beschwerdelinderung. Zur besseren Einschätzung der medizinischen Varianten wurde eine Infiltrationsbehandlung durchgeführt. Bei positivem Ansprechen würde eher in Richtung Prothese tendiert werden, bei negativem Ansprechen in Richtung Arthrodese

(vgl. Arztbericht vom 7. März 2017, Urk. 5/45/31). Da die Infiltration keine Besserung der Beschwerden zu bewirken vermochte, erscheine die Arthrodese neben konservativem Zuwarten als die einzige Option (vgl. Arztbericht vom 9. Mai 2017, Urk. 5/46/13). Betreffend die Prognose äusserten die Ärzte, aufgrund des fortgeschrittenen Knorpelschadens und des jungen Alters sei die Gesamtprognose des Gelenkes limitiert.

Aktuell überwiege der Leidensdruck jedoch nicht die möglichen Risiken einer Arthrodese, sodass die Beschwerdeführerin eine abwartende Haltung eingenommen habe (vgl. Arztberichte vom 5. Dezember 2017 [Urk. 5/52/4-7] und 31. Januar 2018 [Urk. 5/55/14]). 3.5

Am 22. Februar 2018 wurde die Beschwerdeführerin von Dr. med.

G.____, Facharzt für Chirurgie, kreisärztlich untersucht (vgl. Urk. 5/53/2-14). Dr. G.____ konstatierte, die Beschwerdeführerin trage eine schulterunterstützende Schiene. Sie verwende die linke Hand kaum. Auch spontane Bewegungen in der linken Schulter oder Ellenbogen habe er keine beobachten können. Aufgrund der Schmerzen und völliger Bewegungslosigkeit hätten sämtliche Rotatorenmanschetten tests für die linke Seite nicht durchgeführt werden können. Bildgebende Befunde würden eine bereits mässig fortgeschrittene

Omarthrose und auch die Subluxationsstellung der linken Schulter deutlich zeigen.

Die Funktion des linken Armes sei als schlecht beziehungsweise inexistent zu bezeichnen. Aufgrund der statischen Subluxation nach inferior sei es für die Beschwerdeführerin wegen Schmerzen praktisch nicht möglich, die schulterunterstützende Schlinge nicht zu tragen. Daher seien auch Bewegungen im Ellenbogen und mit der linken Hand kaum möglich. Das Einrenken der Schulter aus der Subluxationsstellung empfinde die Beschwerdeführerin als deutliche Erleichterung. Dr. G.____ äusserte weiter, er habe die Beschwerdeführerin nochmals auf die Arthrodese hingewiesen, die mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine Verbesserung - zumindest die Schmerzsituation betreffend -

bringen würde. Natürlich bestünden bei der Beschwerdeführerin, die auch an einem Diabetes mellitus Typ II sowie Adipositas Grad II (BMI 36) leide, erhebliche Operationsrisiken. Von anderen invasiven medizinischen Massnahmen (z.B. Infiltrationen) rate er hin gegen ab. Aufgrund der persistierenden inferioren Subluxation wäre die Wirkung der Lokalanästhetika nur von kurzer Dauer und bei einer Kortisoninjektion könne ein low grade Infekt nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden und ein erneutes Aufflammen des Infektes wäre eine Katastrophe. Dr. G. sprach nach Evaluation aller Faktoren von einem Endzustand. Die angestammte Tätigkeit als Mitarbeiterin der Auftragsprüfung könne nicht wieder vollzeitig durchgeführt werden, da bei der Beschwerdeführerin aufgrund der erlittenen Verletzung mit anschliessendem Verlauf eine funktionelle Einarmigkeit bestehe. Er hielt folgendes Zumutbarkeitsprofil fest: das Heben und Tragen auf der rechten Seite sei frei, auf der linken Seite dürften keine Lasten getragen werden. Das Hantieren mit Werkzeugen sei frei, links nicht durchführbar. Arbeiten über Kopfhöhe sollten nicht durchgeführt werden, das Sitzen und Stehen, etwaige Knien und Kniebeugen seien aber möglich. Die länger dauernde Haltung solle frei gewählt werden können. Die Fortbewegung sei nicht eingeschränkt. Arbeiten, die beidhändig seien, könnten bei funktioneller Einarmigkeit nicht durchgeführt werden. Ebenso seien Arbeiten, die ein Gleichgewicht/Balancieren bedingen, nicht möglich. Wegen der ausgeprägten Schmerzproblematik bestehe eine zeitliche Einschränkung von 20 % (Urk. 5/53/11-13).
3.6

RAD-Arzt Dr. A._____

nahm am 16. März 2018 eine aktenbasierte Einschätzung vor (vgl. Feststellungsblatt, Urk. 5/57 S. 9-10) und führte aus, seit spätestens September 2017 könne ein Endzustand mit schwerer Schultersteife und Funktionsverlust des linken Arms angenommen werden. Der kreisärztlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit könne aus versicherungsmedizinischer Sicht gefolgt werden. In einer angepassten Tätigkeit, die den Einsatz der linken oberen Extremität nicht erfordere und eine frei wählbare Schonhaltung des linken Arms ermögliche, sei unter Berücksichtigung eines erhöhten Pausenbedarfs eine 80%ige Arbeitsfähigkeit gegeben. Eine retrospektive Beurteilung sei nicht möglich, da die vorliegenden Berichte keine Stellung zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nehmen würden. Medizinisch-theoretisch könne jedoch nach Ausheilung des Infektes spätestens im Juni 2015 eine Arbeitsfähigkeit ohne Einsatz der linken Schulter angenommen werden (vgl. RAD-Stellungnahme vom 7. Mai 2018, Urk. 5/57 S. 10). 3.7

Am 5. Oktober 2018 stellte sich die Beschwerdeführerin im H._____ vor und berichtete über eine kugelige Raumforderung im Bereich der rechten Flanke, die schmerzhaft sei (vgl. Arztbericht vom 19. Oktober 2018, Urk. 9/337/4). Die Ärzte des H._____ erkannten weder sonographisch noch MR-tomographisch ein Korrelat für die von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden. Eine Raumforderung sei auch klinisch nicht palpabel. Differenzialdiagnostisch könnten die Schmerzen muskuloskelettal durch eine Fehlstellung im Rahmen einer anamnestisch vorhandenen Skoliose bedingt sein. Aus plastisch-chirurgischer Sicht sei jedoch keine Therapie möglich (vgl. Arztbericht vom 11. Dezember 2018, Urk. 9/337/6). 4. 4.1

Es ist nach einhelliger ärztlicher Einschätzung erstellt, dass bei der Beschwerdeführerin seit dem Arbeitsunfall im Juni 2013 eine funktionelle Einarmigkeit besteht und sie in ihrer bisherigen Tätigkeit als Mitarbeiterin im Bereich der Produktion in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. Dies ist unbestritten. 4.2

Was die Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit betrifft, gelangte RAD-Arzt Dr. A.____ gestützt auf die Einschätzung des Kreisarztes Dr. G.____, der unter Berücksichtigung des Belastungsprofils von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit mit einer schmerzbedingten zeitlichen Einschränkung von 20 % ausging (vgl. E. 3.5 in fine), sowie aufgrund der aktenkundigen medizinischen Berichte zum Schluss, dass sich die schmerzhafte Schultersteife und der Funktionsverlust des linken dominanten

Armes insofern einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit auswirken, als die Beschwerdeführerin nur noch in der Lage sei, unter Berücksichtigung des Belastungsprofils und eines erhöhten Pausenbedarfs ein 80%-Pen sum zu leisten (vgl. E. 3.6). Dies vermag angesichts der medizinischen Aktenlage ohne Weiteres zu überzeugen. Den aus der Einarmigkeit resultierenden funktionellen Einschränkungen wurde mit dem von Dr. G.____ formulierten Anforderungsprofil (E. 3.5) angemessen Rechnung getragen.

Von einer zusätzlichen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der Schmerzen im Zusammenhang mit der Raumforderung im Bereich der rechten Flanke ist nach Lage der Akten nicht auszugehen. Schmerzen an sich begründen rechtsprechungsgemäss noch keine Arbeitsunfähigkeit (vgl. etwa Urteil des schweizerischen Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 944/06 vom 29. August 2007 E.

3.3). Vorliegend konnte weder sonographisch noch MR-tomographisch ein organisches Substrat für die geklagten Beschwerden gefunden werden (vgl. E. 3.7).

Dass weitere medizinische Abklärungen zu einem anderen Ergebnis führten, ist nicht anzunehmen, weshalb davon abgesehen werden kann (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d mit Hinweisen).

Die Beschwerdegegnerin ging demnach zu Recht von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer unter Berücksichtigung des Zumutbarkeitsprofils entsprechenden Verweistätigkeit aus (Urk. 2). 4.3

Soweit die Beschwerdeführerin monierte, es sei unrealistisch, dass sie angesichts der bestehenden Einarmigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt über uneingeschränkte erwerbliche Möglichkeiten verfüge, insbesondere vor dem Hintergrund, dass ihr nur eine Hilfstätigkeit im Berufssektor für die Kompetenzstufe 1

möglich sei, ist dem entgegenzuhalten, dass auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt gemäss gefestigter Rechtsprechung genügend realistische Betätigungsmöglichkeiten selbst für Personen bestehen, die funktionell als Einarmige zu betrachten sind und überdies nur noch leichte Arbeit verrichten können. Längst nicht alle im Arbeitsprozess im weitesten Sinne notwendigen Aufgaben und Funktionen im Rahmen der Überwachung und Prüfung werden durch Computer und automatische Maschinen ausgeführt. Abgesehen davon müssen solche Geräte auch bedient und ihr Einsatz ebenfalls überwacht und kontrolliert werden. Zu denken ist etwa an einfache Überwachungs-, Prüf- und Kontrolltätigkeiten sowie an die Bedienung und Überwachung von (halb-) automatischen Maschinen oder Produktionseinheiten sowie die Arbeit als Museums- oder Parkplatzwärter (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_31/2017 vom 30. März 2017 E. 6.2 mit Verweis auf Urteile 8C_622/2016 vom 21. Dezember 2016 E. 5.2.2, 8C_477/2016 vom 23. November 2016 E. 4.3, 8C_345/2016 vom 1. September 2016 E. 5, 8C_37/2016 vom 8. Juli 2016 E. 5.1.2, 8C_1050/2009 vom 28. April 2010 E. 3.4).

Die Beschwerdeführerin ist in der Lage - ohne den Einsatz ihres linken adominanten Armes -, jeder körperlich nicht belastenden stehenden oder sitzenden Hilfs arbei ter tätigkeit nac h zugehen. Entgegen den Einwendungen in der Beschwerde ist nach dem Gesagten davon auszu gehen, dass die Beschwerdeführerin trotz ihrer funktionellen Ein armigkeit ein Erwerbs ein kommen erzielen könnte. Gründe, die zu einer anderen Betrachtungsweise Anlass geben würden, werden keine vor gebracht, weshalb die vorinstanzliche Schluss folgerung zu bestätigen ist, wonach die Beschwerde füh rerin die ver bliebene Arbeits kraft bei ausgeglichener Arbeits markt lage wirtschaft lich ver werten könn te. Anzumerken ist, dass der Versicherer der versicherten Person, selbst bei funk tio neller Einarmigkeit und Zumutbarkeit von lediglich noch leichter Tätigkeiten - entgegen der Behaup tung der Beschwer de führerin (Urk. 1 S. 6) - keine konkreten Arbeitsgelegenheiten und Verdienst aussichten präsent i e ren muss (vgl. Urteil des Bun desgerichts 9C_418/2008 vom 1 7. September 2008 E. 3.2.1

f.). Anlass zu weiteren Abklä rungen besteht folglich auch diesbezüglich nicht. 4.4

Bei der Ermittlung des Invaliditätsgrades ging die Beschwerdegegnerin für die Berechnung des Validenlohns

mangels aussagekräftiger Angaben im IK-A uszug der Beschwerdeführerin von der vom Bundesamt für Statistik periodisch her aus gegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) für das Jahr 2014

aus . Sie stellte auf den Tabellenwert für Hilfs arbeiten für das Jahr 2014 ab und gelangte so - unter Berücksichtigung der Nominal lohnentwicklung und der im Jahr 2015 betriebsüb lichen wöchentlichen Arbeits zeit - zu einem hypothetischen Validen einkommen von Fr. 54'062.--. Angesichts dessen, dass im Einsatzvertrag bei der Z.____ ein Stun denlohn von Fr 25.-- sowie eine 42-Stunden-Woch e bestimmt war (Urk. 5/26/56), was unter Berücksichtigung von vier Wochen Fer ien einem Jahreseinkommen von Fr. 50'400.-- (Fr. 25.-- x 42 x 48) entsprechen würde , ist das hypothetische Valideneinkommen nicht zu beanstanden. Bei der Berech nung des Invalideneinkommens gewährte die Be schwer de gegnerin zusätzlich zur schmerzbedingten zeitlichen Einschränkung von 20 % einen weiteren 5%igen lei dens bedingten Abzug aufgrund des einge schränk ten Belastungsprofils (Urk. 5/56) und setzte das Invalideneinkommen auf Fr. 41'088.-- fest. Der von der Be schwer degegnerin für den massgeblichen Zeit punkt errechnete Invaliditätsgrad erscheint angemessen. Es ist darauf abzu stellen und von einem Invaliditätsgrad in der Höhe von 2 4 % auszugehen. 4.5

Zu einem allfälligen Anspruch auf berufliche Massnahmen hat die Beschwerde gegnerin keine Stellung genommen. Da der Anspruch auf Eingliederungs mass nahmen nicht Gegenstand der angefochtenen Verfügung war, fehlt es vorliegend an einem Anfechtungsobjekt, womit auf diesen Antrag nicht einzu treten ist. 4.6

Zusammenfassend erweist sich die Beschwerde als unbegründet und ist abzu weisen , soweit darauf einzutreten ist . 5.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69

Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 600.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie der Beschwerdeführer in aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Andreas Fäh - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Hurst Stadler

E. 5

/58], Einwand vom 18. Juni 2018 [Urk. 5/62] sowie ergänzend vom 25. Juni 2018 [Urk. 5/64]) mit Verfügung vom 4. Oktober 2018 einen Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 2). 3.

Die SUVA ihrerseits hatte die Heilbehandlung und Taggeldleistungen per Ende Mai 2018 eingestellt (vgl. Schreiben vom 1. März 2018, Urk. 5/54/2) und der Versicherten ab 1. Juni 201

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.